

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923 - 1924 — N° 5

De l'EXTIRPATION
DE
l'EMPYÈME CHAUD du SAC LACRYMAL
suivie de réunion immédiate

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 13 Novembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert BOSSARD

né à FIRMY (Aveyron) le 29 Avril 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1923

DE L'EXTIRPATION
DE L'EMPYÈME CHAUD DU SAC LACRYMAL
SUIVIE DE REUNION IMMEDIATE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

De l'EXTIRPATION

DE

l'EMPYÈME CHAUD du SAC LACRYMAL

suivie de réunion immédiate

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 13 Novembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert BOSSARD

né à FIRMY (Aveyron) le 29 Avril 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1923

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	MM. H. HUGOUNENQ.
Doyen	J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POLLOSSON (A.).
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne.....	POLIGARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOU.
Médecine légale.....	VILLARD.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
GARIN.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
SAVY.	TRILLAT.	FÄVRE.	DUNET.
FROMENT.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
PIERY.	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROLLET, président ; DUROUX, assesseur ;

BONNET et DUNET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR A. BOSSARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Toulouse

A LA MÉMOIRE CHÉRIE DE MA SŒUR

A MA MÈRE ET A MON BEAU-PÈRE

Je dédie ce modeste travail, humble
témoignage de ma reconnaissance infi-
nie et de mon inaltérable affection.

A MA FIANCÉE

A MES GRAND' MÈRES

A MON ONCLE ALBERT BOSSARD
ET A MA TANTE

MEIS ET AMICIS

A MES COMPAGNONS D'ARMES

du 1^{er} Régiment d'Infanterie

et du 502^e Régiment de Chars d'Assaut

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

TDMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET
Professeur de Clinique Ophtalmologique
Officier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR BUSSY
Ancien Chef de Clinique Ophtalmologique

A MES JUGES

A MES MAÎTRES
DES FACULTÉS ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX ET DE LYON

DE L'EXTIRPATION DE L'EMPYEME CHAUD DU SAC LACRYMAL SUIVIE DE RÉUNION IMMÉDIATE

INTRODUCTION

Il est démontré depuis longtemps que la méthode du cathétérisme dans les affections des voies lacrymales est insuffisante.

En 1895, M. le Professeur Rollet, lors de sa mission scientifique à Vienne, avait constaté, dans le service du Professeur Fuchs, les merveilleux résultats de l'extirpation du sac lacrymal comme traitement des dacryocystites. A l'heure actuelle, cette intervention est entrée définitivement dans la pratique courante.

Pour avoir des résultats sûrs et rapides, il est recommandé de pratiquer une extirpation absolument complète du sac et de son canal nasal membraneux.

Il est évident que, dans l'écoulement purulent sans ectasie sacculaire (hydropisie du sac, mucocèle), dans l'empyème chronique, l'extirpation du sac sera suivie de guérison immédiate.

Mais quand on se trouve en présence d'un empyème chaud, avec adhérences, d'un phlegmon lacrymal, peut-on pratiquer l'extirpation avec des chances de guérison immédiate ?

Cette opération a été faite plusieurs fois à la clinique de M. le Professeur Rollet, dans ces conditions, avec d'excellents résultats. Nous en rapportons, dans ce travail, douze observations que nous avons pu recueillir grâce à l'obligeance de M. le Professeur Rollet et de M. le Docteur Bussy. Ces observations nous permettront de montrer que la méthode thérapeutique que nous allons étudier aujourd'hui est excellente dans beaucoup de cas.

Le premier chapitre de notre thèse sera consacré à l'histoire de l'extirpation du sac lacrymal.

Nous traiterons ensuite, dans un deuxième chapitre, l'anatomie des voies lacrymales.

L'étiologie et la pathogénie des affections aiguës des voies lacrymales fera l'objet de notre troisième partie.

Dans le quatrième chapitre, nous parlerons de l'étude clinique des dacryocystites, en insistant sur l'empyème chaud, le phlegmon lacrymal.

Nous décrirons enfin, dans le dernier chapitre, le traitement et la technique opératoire d'après l'enseignement de M. le Professeur Rollet.

Les observations que nous rapporterons compléteront notre étude.

Avant de nous engager dans notre sujet, nous tenons à adresser aux éminents maîtres qui ont bien voulu guider notre instruction médicale et chirurgicale nos

respectueux hommages et notre profonde reconnaissance.

M. le Professeur Rollet, qui a préconisé le premier, en France, l'extirpation totale du sac lacrymal, nous a donné l'idée première de ce travail. Grâce à sa haute et bienveillante direction, nous avons pu mener notre tâche à bonne fin. Qu'il nous soit permis de lui témoigner notre profonde gratitude pour sa sollicitude à notre égard. Notre plus vif regret sera de ne pouvoir, aussi souvent que par le passé, bénéficier de ses précieuses leçons et de son excellent enseignement clinique.

Nous n'aurions garde d'oublier dans nos remerciements M. le Docteur Bussy, ancien chef de clinique ophtalmologique, qui a eu la bienveillance de nous confier quelques observations et qui nous a aplani bien des difficultés dans ce travail.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu historique de l'extirpation du Sac lacrymal.

L'extirpation du sac lacrymal, pratiquée dans le but de guérir les dacryocystites, est une intervention ancienne, mais qui n'était faite autrefois que très exceptionnellement.

On s'adressait plutôt aux vieilles méthodes : cautérisation au fer rouge ou à l'aide de caustiques, rétablissement des voies lacrymales normales (J.-L. Petit); création d'un nouveau canal (Dupuytren, Feltz, de Lyon).

Le premier en France, M. le Professeur Rollet a préconisé l'extirpation systématique et totale du sac lacrymal dans les écoulements lacrymaux rebelles, les tumeurs et fistules lacrymales.

Platner, en 1724, Berlin, en 1868, ont proposé l'extirpation ; M. le Professeur Monoyer, l'extirpation partielle (1867). Cette opération fut très critiquée par Arlt, à la période préantiseptique (phlegmon de l'orbite, hémorragies secondaires, cicatrices).

En 1899, de Wecker écrit : « Cette opération a été reprise, comme tout mauvais conseil donné en médecine ; la rétraction cicatricielle qui en résulte est des plus disgracieuses... »

En 1891, discussion pleine d'intérêt au sujet d'un rapport sur le traitement des affections des voies lacrymales (*Société française d'ophtalmologie*) ; des vingt ophtalmologistes qui prennent la parole, aucun ne parle de l'extirpation aseptique du sac : on préconise le feu (Panas), la pâte de Vienne (Parinaud), le curetage (Despagnet), les sondes, etc...

C'est en 1895 que M. le Professeur Rollet fait ses premières opérations de l'extirpation du sac, règle la technique opératoire et rapporte quatre observations de guérison.

Dans le *Lyon Médical* du 2 mai 1897, M. le Professeur Rollet publie les résultats immédiats et éloignés de l'extirpation du sac.

En 1897, Vadon reprend la question dans sa thèse. Le 1^{er} mai 1899, M. le Professeur Rollet faisait une communication à la *Société française d'ophtalmologie* sur la tuberculose du sac lacrymal.

En 1900, son élève Vincent faisait sa thèse de doctorat sur le même sujet.

En 1901, Aribaud, dans sa thèse, conclut à l'ablation du sac dans certaines formes de tumeurs prélacrymales.

De Ridder, à la *Société belge d'ophtalmologie* fait, en 1901, une communication sur l'extirpation du sac.

Toutes ces indications opératoires ont été adoptées, notamment par M. Valude (*Société française d'ophtal-*

mologie, 1902), et MM. de Lapersonne et Rochon-Duvignaud (*Rapport au XIV^e Congrès médical*, Madrid, 1903).

En 1903, Bérard étudie l'*extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites* et publie ses résultats éloignés. (*Thèse de Lyon*, 1903.)

Dans le *Lyon Médical* du 30 septembre 1907, M. le Professeur Rollet insiste sur le curetage canaliculaire, et son rapport sur le *Traitement radical des dacryocystites*, à la *Société française d'ophtalmologie*, en 1921, puis son article paru dans les *Archives d'ophtalmologie* de mai 1921, nous montrent que, pour être à l'abri des récurrences d'origine canaliculaire, il faut ajouter à l'extirpation du sac lacrymal, l'extirpation complète du canal nasal membraneux.

CHAPITRE II

Anatomie des voies lacrymales.

LAC LACRYMAL. — Il existe, dans l'angle interne de l'œil, une dépression désignée sous le nom de lac lacrymal. Sur un œil ouvert, il a la forme d'une demi-ellipse à sommet arrondi, dirigé en dedans, et il est circonscrit par la partie la plus interne du bord libre des paupières, qui est entièrement dépourvue de cils.

TUBERCULES LACRYMAUX ET POINTS LACRYMAUX. — Les tubercules lacrymaux sont deux petites élevures dirigées vers la face antérieure de l'œil. A leur sommet, s'ouvrent les points lacrymaux, qui sont représentés par deux petits orifices arrondis ou ovalaires à grand axe transversal, entourés par un tissu conjonctif dense.

CONDUITS LACRYMAUX. — Ils font suite aux points lacrymaux. On les distingue en supérieur et inférieur. Ils se réunissent au delà de la commissure interne des paupières, pour former le *canal d'union*. Leur longueur totale est de 1 centimètre environ.

SAC LACRYMAL. — Le sac lacrymal est un réservoir membraneux, de forme cylindrique, ou plutôt cylindroïde, situé sur le côté interne de la base de l'orbite, dans cette gouttière, toujours très accusée, qu'on décrit sous le nom de gouttière lacrymo-nasale (*Testut*). Le sac ainsi défini, a une direction un peu oblique de haut en bas, d'avant en arrière et de dedans en dehors. Il n'est pas rectiligne, mais il décrit, au contraire une légère courbe à concavité postérieure. La hauteur du sac lacrymal mesure en moyenne de 12 à 15 millimètres (*Testut*) ; de 12 à 14 millimètres (*Poirier et Charpy*). Son diamètre antéro-postérieur est de 6 à 7 millimètres. Il est donc légèrement aplati dans le sens transversal. Sa capacité au repos est de 20 mm³ d'après les constatations de Arlt. Quant à sa conformation extérieure et ses rapports, le sac lacrymal nous présente deux extrémités et quatre faces.

Son extrémité supérieure est fermée en forme de cul-de-sac ; elle constitue le fond du sac lacrymal. *L'extrémité inférieure* s'ouvre au contraire dans le canal nasal, sans aucun caractère extérieur de transition.

Sa *face antérieure* est en rapport immédiat avec le ligament palpébral qui s'applique sur elle transversalement et lui adhère d'une façon intime. Entre le bord inférieur du ligament palpébral et l'orifice supérieur du canal nasal, la face antérieure du sac se laisse facilement distendre.

La *face postérieure* répond au tendon réfléchi de l'orbiculaire, doublé du muscle de Horner. Au-dessus

et au-dessous de ce tendon, la face postérieure du sac est en rapport avec le ligament large des paupières qui vient s'insérer sur la crête lacrymale de l'unguis.

La face interne est fortement adhérente au bord de la gouttière lacrymale, grâce à un dense réseau de fibres conjonctives. Profondément, cette face interne du sac répond au groupe des cellules ethmoïdales qui vont s'ouvrir dans la gouttière de l'unciforme. Ces rapports indiquent pourquoi on peut si souvent avoir à différencier une dacryocystite d'une ethmoïdite.

Enfin, la *face externe* est située dans l'angle dièdre que forment, en s'écartant l'un de l'autre, le tendon direct et le tendon réfléchi de l'orbiculaire. Elle répond, à l'union de son tiers supérieur avec son tiers moyen, à la portion commune des conduits lacrymaux qui la perforent pour s'ouvrir dans la cavité du sac. A sa partie tout inférieure, elle entre en rapport avec le muscle petit oblique de l'œil qui prend souvent sur elle un certain nombre de ses insertions.

CONFORMATION INTÉRIEURE. — Le sac lacrymal est tapissé intérieurement par une muqueuse rosée formant un grand nombre de plis, principalement du côté interne. Quelques uns de ces plis ont été décrits sous le nom de valvules.

CANAL NASAL. — Le canal nasal osseux est creusé dans la paroi externe des fosses nasales. Il est constitué par le maxillaire supérieur, l'unguis et le cornet inférieur.

Le canal nasal membraneux fait suite au sac lacrymal et va déboucher dans le méat inférieur des fosses nasales. Il a une longueur qui varie entre 12 et 11 $\frac{m}{m}$ et un diamètre mesurant de 2 à 3 $\frac{m}{m}$.

Le canal nasal qui continue d'abord la direction du sac lacrymal s'infléchit ensuite pour se porter en bas, en arrière et en dedans.

L'orifice inférieur du canal nasal est généralement circulaire quand il s'ouvre au sommet du méat inférieur ; il est ovalaire et se prolonge en une gouttière, le sillon lacrymal, lorsqu'il débouche sur la paroi externe des fosses nasales.

VALVULES DES VOIES LACRYMALES. — Certains replis muqueux des voies lacrymales sont suffisamment marqués pour mériter le nom de valvules. Nous citerons en allant de haut en bas :

1° *La valvule de Bochdalek*, au niveau du point lacrymal.

2° *La valvule de Huschke*, au point d'aboutissement des conduits lacrymaux dans le sac.

3° *La valvule de Béraud*, à la limite inférieure du sac lacrymal.

4° *La valvule de Taillefer*, située à la partie moyenne du canal nasal.

5° *La valvule de Hasner*, à la partie inférieure du canal nasal.

CONSTITUTION ANATOMIQUE. — En réalité, les voies lacrymales sont constituées par une seule tunique muqueuse. En haut, elle se continue avec la conjonctive et en bas avec la membrane pituitaire.

VAISSEAUX ET NERFS DES VOIES LACRYMALES. — Les artères du sac lacrymal et du canal nasal proviennent de la palpébrale inférieure et de la nasale, branches de l'ophtalmique. Les veines du canal nasal sont volumineuses et communiquent en bas avec le réseau de la pituitaire en haut avec ceux de l'ophtalmique et de la faciale. Les lymphatiques sont encore mal connus. En haut, ils aboutissent aux lymphatiques internes des paupières, en bas aux lymphatiques de la pituitaire.

Les nerfs proviennent du nasal externe, branche du nerf ophtalmique.

CHAPITRE III

Étiologie et Pathogénie de l'inflammation aiguë des voies lacrymales.

Le processus infectieux lacrymal doit son développement à deux conditions ; c'est d'abord la présence de l'agent pathogène ; c'est ensuite un terrain particulièrement favorable à son éclosion et à sa propagation.

Il en résultera donc que l'infection des voies lacrymales d'excrétion sera conditionnée par deux ordres de causes : les unes prédisposantes, les autres déterminantes.

Les suppurations lacrymales ont généralement une marche chronique au début ; ce n'est que plus tard qu'elles se transformeront en empyème chaud : phlegmon circonscrit ou phlegmon diffus.

1. — Causes prédisposantes.

Nous citerons la fermeture congénitale de l'orifice inférieur du canal chez le nouveau-né, et l'étroitesse de ce canal chez l'adulte.

Le sexe exerce aussi une influence et la dacryocystite se rencontre bien plus souvent chez la femme que chez l'homme. Le côté gauche est plus fréquemment atteint que le côté droit.

L'âge a également son importance et la dacryocystite se voit souvent chez l'adulte et le sénile.

Des corps étrangers peuvent se rencontrer dans les voies lacrymales d'excrétion : cils, corps étrangers végétaux, éclats métalliques.

Les anciens auteurs attachaient beaucoup d'importance aux concrétions se formant dans les voies lacrymales.

Des parasites appartenant surtout au genre *leptothrix* peuvent être, par leur accumulation en amas, une cause prédisposante de dacryocystite.

Walther, Von Graefe, Demours ont signalé des polypes des conduits lacrymaux.

Citons encore les traumatismes, les lésions de la muqueuse occasionnés par l'introduction maladroite d'instruments divers dans un but thérapeutique et qui provoquent des rétrécissements après cicatrisation.

Signalons en dernier lieu les fractures du canal osseux.

Toutes ces causes sont favorisantes, mais dans beaucoup de cas l'élément primordial de la maladie est constitué par la seule présence de microorganismes déterminant l'inflammation.

2. — Causes déterminantes.

Les agents pathogènes qui déterminent les dacryocystites ont été étudiées à la Clinique ophtalmologique de Lyon. (MM. Rollet et Bussy : *Recherches bactériologiques et cliniques sur 100 dacryocystites avec ectasie du sac. Archives d'ophtalmologie*, janvier 1923.) (Patoiseau, *Thèse de Lyon*, 1922.)

La recherche de ces microbes se complique de nombreuses causes d'erreur qui tiennent à la présence de saprophytes, et à l'anatomie même des voies lacrymales, largement approvisionnées en microbes, venus de la conjonctive ou des cavités nasales.

On peut cependant, grâce à l'examen bactériologique des dacryocystites avec ectasie du sac, classer ces dacryocystites en trois groupes :

a) *Les infections pures*, déterminées par une espèce microbienne unique qui pullule à l'état de pureté.

b) *Les infections associées* moins fréquentes, où l'on trouve alors dans le pus deux ou trois espèces pyogènes vivant côte à côte.

c) *Les infections amicrobiennes*, plus rares encore, où il est impossible de déceler l'agent microbien au niveau des voies lacrymales ou dans leur contenu.

Dans les infections pures, l'agent pathogène le plus souvent rencontré est le *pneumocoque*, et cette fréquence n'a rien qui puisse surprendre, puisqu'il s'agit là d'un hôte banal de la salive ou des sécrétions nasales. Vient ensuite le *staphylocoque*, qui paraît doué en général d'un faible pouvoir chromogène et appartenir aux variétés citreus et albus. Le *streptocoque* vient en troisième lieu. Quant au *bacille de Koch*, il se rencontre très rarement, car on sait qu'il est difficilement mis en évidence dans les tuberculoses locales. Les dacryocystites tuberculeuses sont cependant assez fréquentes.

Viennent ensuite le *bacille de Pfeiffer*, le *pneumobacille de Friedlander*, le *tétragène* et le *colibacille*.

On a trouvé une fois un *champignon* appartenant au genre *dyscomyces*.

Les infections mixtes sont moins fréquentes. L'association microbienne le plus souvent rencontrée est celle du *pneumocoque* et du *staphylocoque*.

Dans quelques cas, on ne découvre aucun microbe par l'examen bactériologique. Ce sont généralement des sacs malades depuis très longtemps, à petite cavité, à parois épaisses, ne gênant guère le porteur. Ces sacs peuvent être le siège de petites poussées aiguës, courtes et bénignes, dans l'intervalle desquelles leur contenu est stérile.

A côté de ces recherches bactériologiques faites par M. le Professeur Rollet et M. le Docteur Bussy, et qui ont été publiées dans la *Thèse* de Patoiseau, il convient de signaler quelques agents pathogènes que certains auteurs ont trouvé dans de pareilles circonstances :

Bacille pyocyanique (Jauleu).

Gonocoque (Antonelli).

Bacillus salvarius septicus (Evertzky et Beresten).

Bacillus mesentericus vulgaris.

Sarcina lutea (Mazet).

Bacille de Lœffler (Krauss).

Diplobacille de Morax.

Bacille de l'influenza (Zur-Nedden).

Bacillus fluorescent (Lévinçon).

Bacille de Mazet.

Cocobacille du rhinosclérome (Frisch).

Tous ces microbes, après avoir occasionné une inflammation chronique des voies lacrymales, peuvent donner naissance aux phénomènes aigus qui nous intéressent : phlegmon circonscrit et phlegmon diffus du sac lacrymal.

Nous voyons que contrairement aux idées défendues par Widmark et plus récemment par Poulard, le streptocoque n'est pas l'agent habituel, ni même fréquent des dacryocystites phlegmoneuses.

L'apparition de cette complication est conditionnée soit par une exaltation de la virulence du microorganisme causal, soit surtout par un drainage défectueux.

Quand l'issue du pus lacrymal vers le nez ou vers la conjonctive est bloquée, ou même gênée par une poussée inflammatoire, au niveau des parois du canal nasal ou des canalicules, l'infection franchit les limites du sac et colonise dans le tissu cellulaire périsacculaire, en produisant la péricystite et un phlegmon. Un sondage même prudent, un lavage du sac peuvent entraîner le même résultat. Il ne s'agit pas là d'une conséquence de la spécificité microbienne, mais bien d'un phénomène de pathologie générale comparable à un phlegmon périnéphrétique ou prévésical, d'une infection du ligament large ou à une péritonite sous-hépatique.

Si le streptocoque n'est pas l'agent habituel des phlegmons lacrymaux, il leur imprime pourtant une allure un peu spéciale. D'abord il détermine des phlegmons plus graves, à phénomènes généraux et locaux plus intenses, allant parfois jusqu'au sphacèle. Il entretient des infections de plus longue durée et qui cèdent moins facilement au traitement. Enfin et surtout il traduit son action par une infiltration un peu spéciale de la peau, qui forme un vaste placard rouge violacé, fortement induré et d'aspect érysipélateux.

La fistule lacrymale chaude succède au phlegmon tôt ou tard, si la maladie est abandonnée à elle-même. Après une série de poussées inflammatoires, une fistule s'établit, mais le sac est toujours gros, ectasié, et la région lacrymale est très enflammée.

CHAPITRE IV

Etude clinique.

La dacryocystite comprend plusieurs périodes et peut évoluer de diverses façons. D'après l'enseignement de M. le Professeur Rollet nous ferons la classification suivante :

I

L'ÉCOULEMENT PURULENT SANS ECTASIE SACCULAIRE. —
A cette période il y a suppuration lacrymale, sans ectasie sacculaire. Au réveil du malade les cils sont agglutinés, il existe parfois une caroncule rouge et une conjonctivite angulaire. La région lacrymale ne présente aucune déformation. C'est seulement une pression digitale un peu forte au niveau du grand angle qui fait sourdre une goutte de pus. Il y a écoulement lacrymal purulent sans modification de calibre des voies d'excrétion. C'est la blennorrhée des allemands, mauvaise appellation puisqu'il n'existe pas de blennorrhagie lacrymale, c'est-à-dire d'infection à gonocoque.

II

LA TUMEUR LACRYMALE AVEC ECTASIE SACULAIRE. — Elle comprend toutes les étapes depuis *le contenu muqueux* à peine infecté jusqu'à *l'empyème chronique* avec contenu lacrymal purulent et sac ectasié.

Dans le premier stade, l'ectasie sacculaire existe et nous dirons même qu'il y a ectasie sacculo-canaliculaire. Cette tumeur lacrymale était appelée par les anciens auteurs l'hydropisie du sac, la varice lacrymale et ce que nous appelons aujourd'hui la *mucocèle*. C'est une distension du sac lacrymal, avec généralement amincissement de la paroi. La tumeur est constituée par un liquide filant et par des larmes. C'est une infection atténuée dont nous n'avons pas à nous occuper ici. Il est naturel que dans cette forme de tumeur à contenu muqueux, faisant plus croire à un kyste qu'à une infection, nous obtenions après l'extirpation du sac lacrymal, une réunion immédiate.

Dans l'empyème chronique du sac, il existe une tumeur lacrymale avec un contenu purulent ; mais dans cette forme la peau n'est ni rouge, ni adhérente, il n'y a pas de signe extérieur d'inflammation. Dans ce cas la dissection du sac se fait sans difficulté, car il n'y a pas ou peu d'adhérences périphériques. Dans ces conditions une extirpation méthodique du sac sera suivie de réunion immédiate. Nous n'avons pas lieu du reste de nous en étonner outre mesure, puisque dans une étude microbiologique de cent ectasies du

sac lacrymal (ROLLET-BUSSY), (*Thèse de Patoiseau*, 1922), 17 fois pour cent ces dacryocystites purulentes sont amicrobiennes.

III

L'EMPYÈME CHAUD DU SAC. — Dans l'empyème chaud, il y a la forme subaiguë, aiguë, suraiguë. Ce sont ces cas qui vont nous arrêter. Nous étudierons séparément le phlegmon lacrymal circonscrit et le phlegmon diffus ou péridacryocystite diffuse.

a) *Phlegmon lacrymal circonscrit*. — C'est une tumeur lacrymale enflammée, un empyème chaud du sac lacrymal.

La tumeur lacrymale est visible à l'extérieur, mais en outre la peau est rouge, tendue. On extirpe le sac où il y a des adhérences en avant, en dehors. Dans ces cas l'extirpation du sac lacrymal peut se faire en totalité : *sac lacrymal et canal nasal membraneux*. Le drainage est inutile et même nuisible et nous avons une réunion immédiate comme en témoignent nos opérations. Il n'y a pas eu de drainage au niveau de la plaie eutanée où on a passé un fil ou simplement appliqué un pansement à plat. Mais il y a le drainage idéal suivant la pesanteur puisqu'on a largement ouvert la voie canaliculaire plus ou moins obstruée.

b) *Péridacryocystite diffuse*. — Au cours d'une dacryocystite chronique, secondairement la région du sac s'enflamme, se gonfle, devient rouge, chaude, douloureuse ; le pus devient abondant et il est accumulé

non seulement dans le sac, mais dans le tissu conjonctif présacculaire ; c'est alors une péridacryocystite qui domine, avec le phlegmon lacrymal concomitant. Ici il ne s'agit plus de la tumeur lacrymale bien circonscrite, tumeur lacrymale enflammée se montrant sous la forme d'une masse ovale couchée obliquement, souvent en bissac.

Dans le phlegmon lacrymal diffus, l'inflammation est étendue, les limites de la région lacrymale sont dépassées par le processus infectieux. Les paupières sont gonflées, les ganglions préauriculaires et sous-maxillaires sont influencés, augmentés de volume et douloureux. Le malade accuse une céphalée, quelquefois même des nausées, de l'inappétence, de la fièvre. Cet état aigu aboutit à la fistulisation ou à l'évacuation du pus à travers les voies lacrymo-nasales si l'on n'intervient pas.

Dans ces cas on opère souvent en deux temps : simple incision tout d'abord donnant issue au pus et ultérieurement dans une deuxième séance dissection et extirpation du sac.

Nous pensons que dans bien des cas on peut inciser et extirper à chaud dans la même séance et obtenir ainsi une réunion immédiate.

IV

LES FISTULES LACRYMALES.

1° *La fistule chronique froide* avec tégument à peu près normal. C'est une fistulette obturée par une crou-telle. Il faut faire la dissection d'un trajet de fistule et d'un empyème sacculaire chronique.

Ces fistules froides correspondent souvent à des suppurations franches par les microorganismes de la suppuration. Dans certains cas elles correspondent à la tuberculose et à une infection par le bacille de Koch.

2° *La fistule chaude*, qui est de notre sujet. — Nous avons une tumeur lacrymale ouverte à l'extérieur avec ectasie apparente et fistule cutanée.

Dans cette tumeur lacrymale chaude fistulisée, on peut obtenir après la dissection du sac, une réunion immédiate.

CHAPITRE V

Traitement.

L'empyème chaud du sac lacrymal sera traité par l'extirpation totale du sac et de son canal nasal membraneux.

L'indication de cette opération est comparable à celle de l'extraction d'une dent en cas d'abcès dentaire ; nous apprenons en effet en stomatologie que, lorsqu'on se trouve en présence d'une dent qui n'est plus susceptible d'obturation et qui se complique d'abcès collecté, on peut faire l'avulsion sans inconvénient (*Réal P., stomatologiste des Hôpitaux de Paris. Stomatologie du Médecin-Praticien. Edit. 1921*). Il est recommandé seulement de pratiquer une anesthésie tronculaire, car nous savons que les solutions anesthésiantes n'ont aucun effet sur les tissus enflammés. C'est ce que nous ferons dans l'extirpation de l'empyème chaud du sac lacrymal.

Nous allons décrire la technique opératoire que nous avons vu maintes fois employer chez notre Maître, le Professeur Rollet :

L'anesthésie de choix sera l'anesthésie locale à distance. On emploiera la solution suivante en injections juxta-nerveuses sur le trajet du sous-orbitaire et du nasal externe :

Eau distillée, 10 gr.

Chlorhydrate d'adrénaline, 0 gr. 001.

Novocaïne, 0 gr. 20, ou produits identiques :
scurocaïne, allocaïne, syncaïne.

PREMIER TEMPS

Incision de la peau, de l'aponévrose présacculaire et ouverture de l'espace prélacrymal

Cette opération doit être faite avec la pointe d'un petit bistouri. Dans le cas d'une faible ectasie sacculaire, on se bornera à faire une incision de 12 millimètres que l'on étendra en cas d'ectasie géante. M. le Professeur Rollet pratique habituellement l'incision verticale en haut et courbe en bas, qui a l'avantage de répondre à la notion anatomique et qui lui semble préférable à l'incision perpendiculaire actuellement à la mode. Elle part en haut du relief du ligament palpébral interne et un peu en dedans de la réunion des extrémités internes de chacun des tarses.

Cette incision, qui correspond au sillon cutané curviligne orbito-palpébral et, profondément, au bord tranchant externe, lui aussi curviligne, de l'apophyse montante du maxillaire inférieur, permet la reconnaissance facile de l'orifice supérieur du canal nasal. De Wecker avait objecté que cette incision « *laisse*

toujours une cicatrice plus ou moins apparente fort peu goûtée des dames. » Cette objection ne paraît plus devoir être fondée. Si l'incision a été correcte, si la réunion a été immédiate, il n'y a pas lieu de craindre une cicatrice visible permanente comme le prouvent les photographies que nous rapportons.

La peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont sectionnés, le bistouri aborde la lame aponévrotique tendue du tendon direct de l'orbiculaire à la crête de l'apophyse montante. On rencontre alors l'espace celluleux présacculaire contenant du pus dans le cas de phlegmon diffus. On se borne quelquefois à inciser et à vider le contenu du phlegmon en se réservant d'extirper à froid le sac lacrymal dans une deuxième séance. Les observations que nous rapportons montrent que l'extirpation à chaud n'empêche pas la réunion immédiate et nous pensons que cette intervention devra toujours être pratiquée d'emblée dans une seule séance.

DEUXIÈME TEMPS

Recherche du sac

Le bistouri doit être définitivement abandonné. On récline les lèvres de l'incision avec les écarteurs de Rollet (écarteurs à manche comportant chacun quatre dents recourbées). Il importe d'écarter symétriquement la peau afin de maintenir les rapports anatomiques. On se borne à employer maintenant la rugine tranchante proposée en 1896, par M. le professeur Rollet. Deux points de repère :

1° A la partie supérieure le tendon direct blanc nacré de l'orbiculaire. Quoiqu'il soit classique de le sectionner, M. le Professeur Rollet le conserve parce qu'il sert de repère certain dans la recherche du sac. Le tendon recouvrant le fond du sac, c'est donc au-dessous de lui que la rugine tranchante devra le décoller. Il est très rare de trouver le sac divisé en deux parties inégales par le tendon.

2° A la partie inférieure la crête osseuse antérieure du canal nasal. C'est entre ces deux repères qu'apparaît le sac, masse allongée, grisâtre, qui devient blanche sous l'action de l'adrénaline. Des petits tampons d'ouate serrée assureront l'hémostase, d'ailleurs l'hémorragie qui se produit en nappe est peu gênante dans le cas d'anesthésie locale. Si l'on a incisé les vaisseaux angulaires, saisir simplement les deux extrémités du vaisseau avec une fine pince hémostatique. La forcipressure suffit généralement à faire cesser l'hémorragie.

TROISIÈME TEMPS

Décortication du sac à la rugine et du canal nasal membraneux à la gouge

Après avoir saisi solidement la face antérieure du sac à l'aide d'une pince à dents de souris on tire, tout en s'efforçant de ne pas déchirer la paroi amincie. L'empyème chaud ou les poussées aiguës antérieures auront donné naissance à des adhérences qu'il faudra rompre soigneusement.

Décortiquer avec la rugine tranchante, d'abord en dedans en mettant à jour la gouttière osseuse contre laquelle repose la face interne du sac. Le périoste ne sera pas décollé puisqu'il n'existe pas en ce point, mais il faut éviter d'entamer l'os, ce qui pourrait amener par la suite chez les jeunes sujets des hyperostoses.

L'ostéite que les vieux auteurs décrivaient et que l'on ne rencontre plus était un retard de consolidation due au traumatisme opératoire de l'unguis et des cellules ethmoïdales.

A la partie supérieure, après avoir passé la rugine sous le tendon direct de l'orbiculaire (que l'on n'a pas sectionné), on fait basculer le dôme sacculaire libre et non adhérent au tendon.

Dans l'empyème chaud, le sac est friable et la prise du fond présente une certaine difficulté. On évitera les échappées entraînant la rupture du sac. La même manœuvre sera pratiquée pour la face postéro-externe en arrière et en dehors. A la rugine on fera la section au ras du ou des canalicules lacrymaux.

Le sac isolé, M. le Professeur Rollet s'efforce de décortiquer tout son pédicule nasal au lieu de le couper au niveau de la crête osseuse comme on le faisait autrefois.

On emploie à cet effet une petite gouge large de 2 millimètres, à extrémité mousse, qui permet de décoller profondément le canal lacrymo-nasal en séparant le canal membraneux de son manchon osseux. En exerçant de légères tractions sur le sac, sans aucune torsion on verra venir tout l'appareil

intraosseux des voies lacrymales. L'opération consiste donc dans la recherche à la gouge d'un plan de clivage de la fibro-muqueuse, en rejetant complètement l'emploi du ciseau et du bistouri. On serait tenté, dans les formes aiguës des dacryocystites de se servir du feu, et nous faisons remarquer que nombreux sont les auteurs qui actuellement encore l'emploient dans ces cas et même dans toutes les formes. Ainsi Picqué, dans son *Traité pratique d'anatomie chirurgicale et de médecine opératoire*, Edit. 1913, indique le procédé suivant pour l'extirpation du sac: « *Attirer le sac en bas et l'enlever rapidement (section au thermocautère de préférence, ou section suivie de cautérisation).* »

Dans les *Archives d'Ophthalmologie* de mai 1922, Duverger s'exprime ainsi : « *La pointe fine d'un thermo plongée jusqu'à l'orifice nasal détruit la totalité de la muqueuse, il en résulte par la suite un bouchon fibreux fort utile pour interrompre définitivement toute communication entre la fosse nasale et la région du sac.* »

Le Docteur Colin, ophthalmologiste des Hôpitaux de Nice, dit dans son article sur l'*Extirpation du sac lacrymal* (*Annales d'oculistique*, janvier 1920) : « *Suivant le cas, on peut, avec la pointe du galvano-cautère, pénétrer dans le canal nasal et en détruire la muqueuse.* »

La méthode de destruction par le feu ainsi que le curetage suivi de thermocautérisation doivent être éliminés. Ces procédés retardent la guérison, font du sphacèle des tissus, et ils empêchent la réunion immédiate.

Jamais de cautérisation dans les cas subaigus, aigus et suraigus. On arrive alors au quatrième temps suivant :

QUATRIÈME TEMPS

Inspection de la loge lacrymale et du canal nasal *Pansement*

Examiner la loge lacrymale : l'opération est terminée si l'extirpation totale a été faite. S'il persiste des vestiges de sac dans la loge, ce qui arrive souvent quand on intervient sur l'empyème chaud à la suite d'une extirpation par morcellement, on doit les enlever à la pince ou à la rugine : s'abstenir toujours des ciseaux et de la curette. Si l'extirpation du canal membraneux a été incomplète à cause de la péricanaliculite, évider le canal nasal à la curette olivaire : on obtiendra ainsi un canal franchement osseux permettant un drainage facile d'une grande importance pour la réunion immédiate de la plaie. Le sujet ressent alors quelque douleur et a l'impression du passage de l'instrument dans le nez. L'extraction du sac ne doit pas entraîner d'hémorragie, puisqu'il n'y a pas de vaisseaux profonds, mais seulement des vaisseaux latéraux (angulaires et palpébraux) qui ont pu gêner au début de l'opération seulement.

La plaie béante, il n'y a pas d'écoulement sanguin, d'où l'inutilité du drain, de la mèche, et surtout de la cautérisation ignée.

Le drainage se fait de lui-même par le canal osseux et, ce qui est curieux, même dans le cas où le sac rem-

pli de pus a crevé et inoculé la plaie, on obtient la réunion immédiate. Les lèvres de la plaie seront rapprochées par un tortillon d'ouate comprimant l'angle interne : simple pansement à plat. Rondelles de gaze, monocle.

Pansement le troisième jour. Si le sac a été enlevé en totalité, et même à chaud, on constate la réunion immédiate.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Inédite

(Due à l'obligeance de M. le Professeur ROLLET)

*Abcès chaud lacrymal. — Dissection du sac, extirpation totale.
— Réunion immédiate. — Guérison au deuxième jour.*

Mme L..., âgée de 67 ans, se présente à la consultation de M. le Professeur Rollet, le 15 mai 1923. Depuis trois ans, grosse tumeur lacrymale droite. A l'examen, empyème lacrymal du volume d'une grosse olive. Grand axe oblique de haut en bas et de dedans en dehors. La tumeur est rouge, adhérente, fluctuante, irréductible. Elle adhère à la peau et, dans un point, on voit une zone jaunâtre. Ouverture assez prochaine.

17 mai. — Anesthésie du nasal et du sous-orbitaire. Incision de la tumeur. Il sort un pus jaune et filant. La douleur restant vive, anesthésie locale par deux injections périphériques. On dissèque le sac blanchâtre qui siège derrière l'orifice du canal osseux. Extirpation du canal membraneux. Le canal osseux a une largeur de 4 millimètres. On place un tortillon d'ouate sur les lèvres de la plaie. Pansement à plat.

19 mai. — Premier pansement, réunion immédiate.

22 mai. — Guérison complète, cicatrice linéaire ; pas la moindre fistulette.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Professeur ROLLET)

Empyème chaud du sac. — Extirpation. — Guérison au septième jour.

V... Antoine, cultivateur, 33 ans, entre le 3 juin 1901, dans le service de M. le Professeur Rollet, hôpital de la Croix-Rousse.

Nous ne notons rien dans les antécédents de ce malade avant l'affection actuelle.

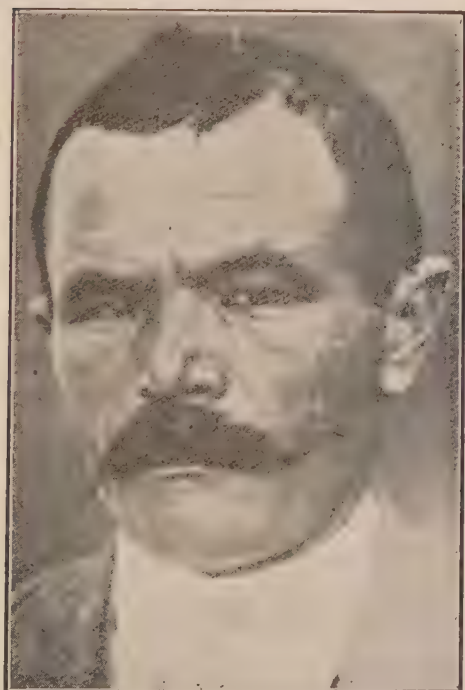
Il y a bientôt deux ans, à l'angle interne de l'œil gauche apparaît un petit « bouton » qui n'a jamais percé au dehors. Un médecin lui ayant conseillé l'opération, le malade entre à la Croix-Rousse. Il présente à l'angle interne de l'œil gauche une tumeur nettement bilobée, dont la portion supérieure, ronde, a la grosseur d'une noisette ; la partie inférieure, double de la précédente, va en s'atténuant peu à peu vers le bas, se continuer avec les parties saines, sans lignes de démarcation nette. La portion supérieure atteint la tête du sourcil, obstrue l'angle oculaire interne ; la portion inférieure soulève la paupière, rétrécissant ainsi la fente palpébrale dans sa moitié interne.

La tumeur, qui avait l'apparence de peau saine, a rougi depuis huit jours. On a nettement la sensation de liquide ; fluctuation d'un lobe à l'autre.

A la surface de la tumeur, desquamation furfuracée, depuis que l'inflammation a gagné les téguments, l'œil pleure ; il n'y a jamais eu d'écoulement, ni par le canal, ni par les points lacrymaux ; le malade est très affirmatif à ce sujet. La pression ne fait d'ailleurs rien sourdre, ni par le nez, ni à la caroncule.

7 juin. — M. le Professeur Rollet incise dans l'axe du sac, suivant une ligne un peu oblique en bas et en dehors ; sortie en grande quantité d'un pus granuleux. Après avoir essuyé le sang, on voit nettement la muqueuse gris bleuâtre du sac ; on la détache.

Pansement à plat, sans drain ni suture.



10 juin. — Premier pansement ; bon résultat.

12 juin. — La tumeur s'est considérablement affaissée et l'œil dégagé.

14 juin. — Plus de tuméfaction ; cicatrisation complète ; pas de sécrétion à la pression ; pas de larmolement. Le malade part très content. Notons que la peau n'est pas adhérente aux tissus sous-jacents.

24 juin. — Le malade revient nous faire constater que le larmolement n'existe plus, que la cicatrice est presque invisible.

A la date du 9 décembre 1902, le malade nous écrit :

« C'est avec plaisir que je vous donne de mes nouvelles, qui sont très bonnes depuis mon opération. Mes yeux n'ont jamais plus pleuré. Je vous affirme, en vous remerciant, du bon résultat de mon opération. »

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Professeur ROLLET)

Dacryocystite phlegmoneuse. — Récidive. — Extirpation du sac. — Guérison immédiate.

G... Jeanne, 11 ans, vient faire un premier séjour dans le service de la Croix-Rousse, le 7 juillet 1899. Il y a deux ans que son œil pleure.

A son entrée, on incise, sous anesthésie, le sac ectasié ; on cautérise au thermocautère.

On ne réussit pas à passer la sonde de Bowmann, bien que les injections passent quelquefois.

La malade s'en va améliorée, mais le sac suppure toujours. Elle revient régulièrement deux fois par semaine, pendant six mois, se faire faire des cathétérismes et des injections du canal nasal. Amélioration nulle. Elle rentre dans le service le 22 février 1900, avec un phlegmon de toute la région lacrymale. Elle se plaint d'avoir des douleurs irradiées dans l'orbite.



Le 3 mars, M. le Professeur Rollet incise sur la région du sac et extirpe ce dernier. Curetage minutieux du canal nasal. Pansement à plat, sans suture.

Le 5 mars, réunion des lèvres cruentées de la plaie. La malade s'en va dans les jours suivants ; nous la voyons le 1^{er} juin : « Guérison parfaite », inscrivons-nous sans commentaires.

• Nous recherchons la malade dans le courant du mois de décembre 1902. Pas le moindre larmolement ; on ne saurait dire le côté incisé.

OBSERVATION IV

(M. le Professeur ROLLET et M. le Docteur BUSSY)

*Dacryocystite. — Réaction inflammatoire périculaire. —
Extirpation du sac. — Guérison immédiate.*

B... Edme, 82 ans. Entre à la clinique ophtalmologique de Lyon le 7 avril 1920.

Début inconnu. Larmolement ancien. Allure inflammatoire depuis 15 jours. Tuméfaction diffuse volumineuse de l'angle interne. Au doigt, on sent le sac gros noyé au milieu de l'œdème périculaire. *La peau est rouge.* La pression fait sourdre du pus par le point lacrymal.

Les injections colorées ne passent pas.

Le 10 avril, extraction en bloc d'un sac adhérent volumineux. Guérison *per primam*.

OBSERVATION V

(M. le Professeur ROLLET et M. le Docteur BUSSY)

*Phlegmon lacrymal gauche. — Extirpation du sac. —
Guérison en 5 jours.*

C... Catherine, 29 ans. Entre le 10 novembre 1919, à la clinique ophtalmologique de Lyon.

Larmolement bilatéral datant de l'enfance.

Conjonctivite angulaire depuis longtemps. Il y a 8 jours, abcès dentaire au niveau de la canine supérieure gauche, ouvert spontanément.

Il y a 4 jours, vaste phlegmon lacrymal gauche que l'on ouvre largement.

Le 7 décembre, l'affection s'est un peu refroidie. *La région est encore rouge* et présente une fistule. On opère. Incision circonscrivant la fistule qui est enlevée en bloc avec la plus grande partie du sac.

Curetage soigneux, il semble que la crête antérieure de la gouttière soit atteinte de carie.

Guérison complète en 5 jours.

OBSERVATION VI

(M. le Professeur ROLLET et M. le Docteur Bussy)

Phlegmon lacrymal bilatéral. — Extirpation des deux sacs. Guérison au sixième jour.

T... Claire, 42 ans. Entre à la clinique ophtalmologique de Lyon le 13 janvier 1922.

Larmolement depuis un an. Depuis 15 jours, phlegmon lacrymal bilatéral.

Le 21 et le 28 janvier, ablation des deux sacs adhérents. Guérison en 6 jours.

OBSERVATION VII

(M. le Professeur ROLLET et M. le Docteur Bussy)

Phlegmon lacrymal droit. — Extirpation du sac. — Guérison en huit jours.

P. Claudius, 48 ans. Entre à la clinique ophtalmologique de Lyon le 8 octobre 1921. Larmolement depuis juin 1920. En octobre 1920, apparition d'une tuméfaction indolore au

niveau du sac. La pression donne d'abord un liquide incolore, puis du muco-pus.

Il y a un mois, phlegmon lacrymal.

Le 8 octobre 1921, ablation d'un sac entier, adhérent à la peau. Guérison en 8 jours.

OBSERVATION VIII

(M. le Professeur ROLLET et M. le Docteur BUSSY)

*Dacryocystite. — Extirpation à chaud du sac et du canal.
Guérison au neuvième jour.*

G., Jeanne, 59 ans. Entre à la clinique ophtalmologique de Lyon le 20 juin 1921. Larmolement depuis 20 ans. Cathétérismes fréquents.

Il y a un mois, phlegmon lacrymal.

Actuellement, bloc dur inflammatoire.

Le 20 juin, ablation en bloc du sac et du canal au milieu du tissu périculaire enflammé.

Le 29 juin, guérison complète.

OBSERVATION IX

(M. le Professeur ROLLET et M. le Docteur BUSSY)

*Phlegmon lacrymal gauche. — Extirpation. — Guérison
au dixième jour.*

W... Catherine, 51 ans. Entre à la clinique ophtalmologique de Lyon le 27 janvier 1921. Larmolement depuis 20 ans. Phlegmon lacrymal il y a 15 jours. Périculocystite diagnostiquée érysipèle.

Le 29 janvier, extirpation du sac au milieu d'un bloc de périculocystite.

Guérison au dixième jour.

OBSERVATION X

(M. le Professeur ROLLET et M. le Docteur BUSSY)

Péridacryocystite. — Rechute. — Gros sac avec fistule lacrymale. — Extirpation du sac. — Guérison totale au dixième jour.

M., Félicie, 14 ans. Entre à la clinique ophtalmologique de Lyon le 17 novembre 1919.

Début en 1913 par du larmolement à droite, d'abord intermittent, mais vite continu. En 1914, phlegmon lacrymal. Depuis cette date la malade fait presque tous les mois un nouveau phlegmon. Actuellement, gros sac perceptible à la vue et au toucher. Toute la région sacculaire est empâtée et enflammée. Il existe une petite fistule à 3 $\frac{m}{m}$ de l'angle interne de l'œil et à 2 $\frac{m}{m}$ au-dessous. La pression sur le sac fait sourdre une gouttelette de pus et un peu de sang. Ganglion préauriculaire. Extirpation du sac le 17 novembre 1919. On incise en dedans de la fistule. Toute la région sacculaire est transformée en un tissu lardacé qui englobe l'orbiculaire et ses tendons. Forte adhérence au plan osseux. On sculpte difficilement le sac au milieu de ce tissu et on l'enlève en deux parties, une demi-interne et une externe. Résection du trajet cutané et de la fistule. Guérison au dixième jour.

OBSERVATION XI

(M. le Professeur ROLLET et M. le Docteur BUSSY)

Dacryocystite. — Extirpation du sac. — Guérison au dixième jour.

X., 51 ans, Entre à la clinique ophtalmologique de Lyon le 20 novembre 1920.

Début il y a 2 ans par du larmolement. Bientôt, phlegmons en série. Tuméfaction ovulaire grosse comme une olive. Abscès en bouton de chemise. Sac bilobé tout entier infra-tendineux. Pus crémeux.

Le 20 novembre 1920, extirpation du sac.

Au dixième jour, guérison.

OBSERVATION XII

(In thèse BÉRARD)

*Empyème du sac. — Fistule. — Extirpation à chaud.
Guérison au dixième jour.*

Veuve M., Pierrette, 58 ans, n'a pas d'antécédents héréditaires remarquables.

Elle entre le 10 juin 1901. Dans son enfance, le Docteur Gensoul l'avait opérée à la région lacrymale gauche, pour une dacryocystite sans rétention, l'œil pleurait, la malade se souvient parfaitement que le canal lacrymal était bouché. Il reste une petite cicatrice qui subsiste encore à l'heure actuelle.

Vers l'âge de 15 ans, elle eut une petite tumeur, à l'angle interne de l'œil. Cette tumeur n'a fait que s'accroître depuis, mais très peu rapidement. Si bien qu'à l'âge de 58 ans, la tumeur n'avait que le volume d'une petite noisette.

Sous l'influence du froid, l'œil pleurait, la région devenait rouge, puis tout rentrait dans l'ordre.

Lorsqu'on pressait la petite poche, elle se vidait dans l'œil en eau très claire, jamais de pus, si ce n'est au moment des poussées aiguës. La malade n'aimait pas vider la tumeur, car l'œil devenait immédiatement sec, il y avait comme une aspiration rapide des larmes par le sac.

Depuis le mois de février, la malade prend de l'iodure de potassium, et attribue à ce médicament le gonflement de la tumeur ; il s'est formé une fistulette à côté de la cicatrice ancienne, de cette fistulette sortent, de façon intermittente, quelques larmes.

Depuis trois semaines, la tumeur s'est accrue brusquement et, à son entrée à l'hôpital, la malade porte une tumeur du volume d'un petit œuf de pigeon. Cette tumeur refoule l'œil au dire de la malade ; en fait, elle soulève un peu la portion interne de la paupière inférieure ; toute la région soulevée par la tumeur est *tuméfiée, rouge et enflammée*, la peau est distendue à ce niveau.

13 juin. — Opération par M. le Professeur Rollet. Incision de 1 $\frac{1}{m}$ $\frac{1}{2}$ environ, nécessitée par le volume de la tumeur.

Après dissection du plan cellulaire sous-jacent, apparaît une tumeur gris rougeâtre, élastique, on essaie de l'enlever, elle se rompt, on recueille un liquide séreux, sans pus, mélangé de sang.

On cherche à enlever la paroi en totalité, mais à un moment on a une issue brusque de liquide purulent qui existait certainement dans une poche distincte du sac. Extirpation du sac.

Pansement à plat.

23 juin. — Tout est fini depuis longtemps et la cicatrisation est complète. La tumeur a complètement disparu.

CONCLUSIONS

I. — Les suppurations lacrymales ont généralement une marche d'emblée chronique. On voit soit une suppuration sans ectasie sacculaire apparente ou réelle, soit une ectasie ou tumeur lacrymale bien visible cliniquement, mais avec tégument intact et non adhérent.

La thérapeutique de ces deux formes cliniques de dacryocystites consiste dans l'extirpation totale des voies lacrymales d'excrétion (*sac et canal nasal membraneux*).

II. — Une dacryocystite chronique non traitée se complique avec le temps de poussées subaiguës ou aiguës (peau rouge et adhérente, phlegmon lacrymal, fistulisation). Dans ces cas doit-on d'abord inciser à chaud puis dans une seconde intervention extirper à froid ?

Les observations recueillies à la clinique de M. le Professeur Rollet, que nous rapportons, démontrent que, dans la majorité des cas aigus, et toujours dans les formes subaiguës, il y a lieu de faire d'emblée l'extirpation d'un sac enflammé et rempli de pus.

III. — Dans les cas chroniques, l'extirpation est simple car il n'y a pas d'adhérences du sac au tissu avoisinant.

Dans l'extirpation de l'empyème rouge subaigu, il y a lieu de disséquer les adhérences, adhérences que l'on trouve du reste dans l'empyème opéré à froid s'il y a eu une poussée aiguë ou subaiguë antérieure.

IV. — Fait intéressant, quand on enlève d'emblée un empyème chaud, comme le prouvent nos observations, on obtient une réunion immédiate. Dans ces cas il ne faut jamais établir un drainage au niveau de la plaie, jamais cautériser au thermocautère comme se plaisent encore actuellement à l'indiquer de nombreux auteurs.

On enlève un organe tout entier rempli de pus : sac et canal. La loge lacrymale, le canal osseux ne contiennent plus aucun débris infectieux, et l'ouverture béante du canal nasal osseux suffit pour drainer toute exsudation suivant la pesanteur.

On obtient ainsi une réunion immédiate, c'est-à-dire une guérison complète au bout d'un septénaire.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
ROLLET

Vu :
LE DOYEN,
Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 22 Octobre 1923
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRÉ. — Recherches anatomo-pathologiques sur 100 sacs lacrymaux extirpés pour dacryocystites. *Thèse de Lyon*, 1923.
- AXENFELD (Th.). — *Traité d'ophtalmologie*. Edition française, Steinheil, édit., p. 304, Paris, 1914.
- BÉRARD (V.). — L'extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites. Ses résultats éloignés. *Thèse de Lyon*, 1903.
- BERLIN. — *Ueber Extirpation des Tränensackes* (Klin. Monatsbl. f. Aug., p. 355, 1868).
- CHEVRIER et CANTONNET. — L'analgésie régionale dans la chirurgie des paupières et de l'appareil lacrymal, *Archives d'ophtalmologie*, 1909, p. 753.
- COLIN. — L'extirpation du sac lacrymal. *Annales d'oculistique*. Janvier 1920.
- DUHAMEL. — Cataracte et Dacryocystite. *Thèse de Lyon*, 1920.
- DUVERGER. — Technique opératoire pour l'ablation du sac lacrymal. *Archives d'ophtalmologie*. Mai 1922.
- GABRIÉLIDÈS. — De l'extirpation totale du sac lacrymal et du canal nasal membraneux. *Thèse de Lyon*, 1921.
- DE LAPERSONNE et ROCHON-DUVIGNAUD. — Rapport au seizième Congrès médical, Madrid. Avril 1903.
- LEBRUN. — De l'ablation du sac lacrymal. *Thèse de Paris* 1921.

- PANAS. — *Leçons sur les affections de l'appareil lacrymal* (Paris, 1877).
- PATOISEAU. — Etude microbiologique de cent ectasies du sac lacrymal. *Thèse de Lyon*, 1922.
- PICQUÉ. — Chirurgie de l'appareil lacrymal. *Traité d'anatomie chirurgicale*. Edit. 1913, P. 531.
- PLATNER. — *Diss. de fistula lacrymali* (Lips ; in-4° et in Platneri opusculorum, t. I, p. 9-38 ; Lips, in-4° 1749).
- RÉAL. — Absès dentaire. *Stomatologie du médecin praticien*. Edit. 1921.
- ROLLET. — Traitement des dacryocystites par l'extirpation du sac lacrymal (*Lyon médical*, 7 juin 1896, p. 175).
- De l'extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites (*Lyon médical*, 2 mai 1897, p. 5).
 - La tumeur prélacrymale (*Annales d'oculistique*, mai 1900).
 - Sur l'extirpation du sac lacrymal (*Bulletin de la Société française d'ophtalmologie*, 1902).
 - La cure radicale des dacryocystites par l'extirpation du sac lacrymal. Résultats éloignés (*Revue générale d'ophtalmologie*, 31 juillet 1903).
 - The treatment of dacryocystites by extirpation of lacrymal sac (*The ophthalmoscope*, décembre 1903).
 - L'ectasie géante du sac lacrymal (*Bulletin de la Société française d'ophtalmologie*, vol. XXI, 3 mai 1904, p. 213. *Annales d'oculistique*, octobre 1904).
 - Nouvelle indication de l'extirpation du sac (*Bulletin de la Société française d'ophtalmologie*, 1906, p. 411).
 - Technique opératoire de l'extirpation du sac lacrymal à la rugine (*Lyon médical*, 30 septembre 1907).
 - Tuberculose des voies lacrymales (*Bulletin de la Société française d'ophtalmologie*, vol. XXVIII, 1^{er} mai 1911, p. 95).

- De l'extirpation du sac lacrymal avec pédicule nasal (*Société d'ophtalmologie de Lyon*, 15 mars 1921).
 - Extirpation totale du sac lacrymal et du canal nasal membraneux (*Archives d'ophtalmologie*, mai 1921).
 - ROLLET et BUSSY. — *Recherches bactériologiques et cliniques sur cent dacryocystites avec ectasie du sac*. Janvier 1923.
 - Recherches anatomo-pathologiques sur cent cas de dacryocystites avec extraction du sac et du canal. (*Archives d'ophtalmologie*, juin 1923.)
 - SCHIRCK. — Les ectasies géantes du sac lacrymal. *Thèse de Lyon*, 1904.
 - TESTUT. — *Traité d'anatomie*, 1911.
 - VADON. — De l'extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites. *Thèse de Lyon*, 1897.
 - VILLARD (H.). — Rapport au Congrès d'ophtalmologie et d'otologie. La valeur du cathétérisme dans le traitement des affections lacrymales (*Bulletin de la Société française d'ophtalmologie*, 1^{er} au 12 mai 1921).
 - DE WECKER et LANDOLT. — *Traité complet d'ophtalmologie*. Lecrosnier et Babé, édit., Paris, 1889, t. 4, p. 1092.
-

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Chapitre I. — Historique.....	13
Chapitre II. — Anatomie des voies lacrymales....	17
Chapitre III. — Etiologie et Pathogénie de l'inflam- mation aigue des voies lacrymales.....	23
Chapitre IV. — Etude clinique.....	29
Chapitre V. — Traitement	35
Observations	43
Conclusions.....	55
Bibliographie.....	57
